

病児保育室 事前登録票

平成28年3月改訂版

※太枠内をご記入ください。

登録番号		受付者	受付日	記入日：平成 年 月 日
登録児童	フリガナ氏名	愛称	性別	生年月日
			男・女	平成 年 月 日生 (歳 か月)
	自宅住所	(〒 -)		
	自宅電話番号		通園・通学施設名	
	かかりつけ医	医療機関名：	担当医：	先生
	府立医大病院診察券	□なし □あり→(診察券番号：)		
	保護者	父	フリガナ氏名	
所属・勤務先				勤務先電話番号
e-mail				PHS番号
京都府立医大での職種			□教員 □後期専攻医 □大学院生 □看護師 □その他()	□研修員 □研修員採用通知の写し*
母		フリガナ氏名		携帯電話番号
		所属・勤務先		勤務先電話番号
		e-mail		PHS番号
		京都府立医大での職種	□教員 □後期専攻医 □大学院生 □看護師 □その他()	□研修員 □研修員採用通知の写し*
予防接種(ワクチン)	B型肝炎	□ 無 □ 1回(年 月 日) □ 2回(年 月 日) □ 3回(年 月 日)		
	Hib	□ 無 □ 1回(年 月 日) □ 2回(年 月 日) □ 3回(年 月 日) □ 追加(年 月 日)		
	小児用肺炎球菌	□ 無 □ 1回(年 月 日) □ 2回(年 月 日) □ 3回(年 月 日) □ 追加(年 月 日)		
	ロタウイルス	□ 無 1価 □ 1回(年 月 日) □ 2回(年 月 日) または 5価 □ 1回(年 月 日) □ 2回(年 月 日) □ 3回(年 月 日)		
	百日咳、ジフテリア、破傷風、ポリオ	四種混合DPT-IPV □ 無 □ 1回(年 月 日) □ 2回(年 月 日) □ 3回(年 月 日) □ 追加(年 月 日) または 三種混合DPT □ 無 □ 1回(年 月 日) □ 2回(年 月 日) □ 3回(年 月 日) □ 追加(年 月 日) 不活化ポリオ □ 無 □ 1回(年 月 日) □ 2回(年 月 日) □ 3回(年 月 日) □ 追加(年 月 日) 生ポリオ □ 無 □ 1回(年 月 日) □ 2回(年 月 日)		
	BCG	□ 無 □ 済(年 月 日)		
	はしか(麻疹)、風疹	MR(麻疹・風疹) □ 無 □ 1期(年 月 日) □ 2期(年 月 日) または はしか(麻疹) □ 無 □ 1期(年 月 日) □ 2期(年 月 日) 風疹 □ 無 □ 1期(年 月 日) □ 2期(年 月 日)		
	水痘	□ 無 □ 1回(年 月 日) □ 2回(年 月 日)		
	おたふくかぜ	□ 無 □ 1回(年 月 日) □ 2回(年 月 日)		
	インフルエンザ	昨年 □ 無 □ 1回(年 月 日) □ 2回(年 月 日)		

* 研修員の方は、登録時に研修員採用通知のコピーを併せて、提出してください。

これまでの病気・感染症	出産時の異常	<input type="checkbox"/> あり	詳細				
	突発性発疹	<input type="checkbox"/> 済					
	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> あり	これまでの回数	回			
		初 回	歳	か月	最 後	歳	か月
		医師の指示					
	アレルギー	<input type="checkbox"/> あり	詳細				
		症 状					
		制 限					
	病 名 ①				歳	か月	<input type="checkbox"/> 入 院
	病 名 ②				歳	か月	<input type="checkbox"/> 入 院
病 名 ③				歳	か月	<input type="checkbox"/> 入 院	
病気や体調などで気をつけてほしいことがあれば、具体的にお書きください。							
薬	常用している薬(内服薬・塗り薬・吸入薬など)があれば、具体的にお書きください。						
その他	心配な事、配慮してほしい事があれば、具体的にお書きください。						
送り迎えに車を使われる場合		プレートナンバー			車種		